



## **Reaktionen auf das Stigma psychischer Erkrankung : Sozialpsychologische Modelle und empirische Befunde**

Rüsch, N

**Abstract:** Zusammenfassung. In der jüngeren Forschung zu Stigma und Diskriminierung gewinnt die Frage an Bedeutung, wie Angehörige einer stigmatisierten Minderheit ihre eigene Stigmatisierung wahrnehmen und auf sie reagieren. Aus der sozialpsychologischen Literatur zu anderen Gruppen, etwa ethnischen Minderheiten, liegen gut belegte Modelle zu diesem Thema vor, die bisher jedoch noch kaum auf Menschen mit psychischen Erkrankungen angewandt wurden. Dazu zählen (1) ein Stress-Coping-Modell von Stigma, (2) das Modell, wie sich die Wahrnehmung der eigenen diskriminierten Gruppe (ingroup) auf Selbstbild und Stigma-Bewältigung Betroffener auswirkt, sowie (3) die Unterscheidung zwischen ausdrücklichen («expliziten») und automatisch aktivierten («impliziten») Aspekten stigmatisierender Einstellungen. Letztere können etwa durch den Implicit Association Test beurteilt werden. In dieser Übersicht werden einige Studien vorgestellt, die die Bedeutung dieser Modelle für das Stigma psychischer Erkrankung und Stigma-Bewältigung untersuchen, etwa zu Stigma als Stressor und Auswirkungen wie Angst, Scham, Coping-Reaktionen und Sozialverhalten; automatisch Scham-Reaktionen und Selbststigma; biogenetischen Modellen psychischer Erkrankung und Selbstvorwürfen Betroffener; implizitem Selbststigma; und zum Zusammenhang zwischen (Selbst-)Stigma und meritokratischen Weltanschauungen wie der Protestantischen Ethik. Schließlich werden Schlussfolgerungen für Anti-Stigma-Initiativen, Stigma-Messinstrumente und künftige Forschung skizziert. = Abstract. Recent research on stigma and discrimination has focused on how members of a stigmatized group perceive and react to being discriminated. Well-established models from social-psychological work on other groups, e.g., ethnic minorities, exist, but so far they have not been applied to people with mental illness. They include (1) a stress-coping (or identity threat) model of stigma, (2) a model how the perception of one's ingroup affects self-concept and coping with stigma among stigmatized individuals, and (3) the distinction between deliberately endorsed («explicit») versus automatically activated («implicit») aspects of stigmatizing attitudes. The latter can be assessed using the (Brief) Implicit Association Test. Here we present a number of studies that examine the relevance of these models for the stigma of mental illness and for coping with this stigma: Stigma as a stressor as well as consequences such as anxiety, shame, coping-reactions and social interactions; automatically activated shame reactions and self-stigma; biogenetic models of mental illness and self-blame of individuals with mental illness; implicit self-stigma; and the link between (self-)stigma and meritocratic worldviews such as the Protestant ethic. Finally we draw conclusions for anti-stigma initiatives, stigma measures and future research.

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000039>

Originally published at:

Rüsch, N (2010). Reaktionen auf das Stigma psychischer Erkrankung : Sozialpsychologische Modelle und empirische Befunde. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58(4):287-297.

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000039>



## Themenschwerpunkt/CME-Beitrag

# Reaktionen auf das Stigma psychischer Erkrankung

## Sozialpsychologische Modelle und empirische Befunde

Nicolas Rüsch<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

<sup>2</sup>Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Freiburg

**Zusammenfassung.** In der jüngeren Forschung zu Stigma und Diskriminierung gewinnt die Frage an Bedeutung, wie Angehörige einer stigmatisierten Minderheit ihre eigene Stigmatisierung wahrnehmen und auf sie reagieren. Aus der sozialpsychologischen Literatur zu anderen Gruppen, etwa ethnischen Minderheiten, liegen gut belegte Modelle zu diesem Thema vor, die bisher jedoch noch kaum auf Menschen mit psychischen Erkrankungen angewandt wurden. Dazu zählen (1) ein Stress-Coping-Modell von Stigma, (2) das Modell, wie sich die Wahrnehmung der eigenen diskriminierten Gruppe (ingroup) auf Selbstbild und Stigma-Bewältigung Betroffener auswirkt, sowie (3) die Unterscheidung zwischen ausdrücklichen («expliziten») und automatisch aktivierten («impliziten») Aspekten stigmatisierender Einstellungen. Letztere können etwa durch den Implicit Association Test beurteilt werden. In dieser Übersicht werden einige Studien vorgestellt, die die Bedeutung dieser Modelle für das Stigma psychischer Erkrankung und Stigma-Bewältigung untersuchen, etwa zu Stigma als Stressor und Auswirkungen wie Angst, Scham, Coping-Reaktionen und Sozialverhalten; automatischen Scham-Reaktionen und Selbststigma; biogenetischen Modellen psychischer Erkrankung und Selbstvorwürfen Betroffener; implizitem Selbststigma; und zum Zusammenhang zwischen (Selbst-)Stigma und meritokratischen Weltanschauungen wie der Protestantischen Ethik. Schließlich werden Schlussfolgerungen für Anti-Stigma-Initiativen, Stigma-Messinstrumente und künftige Forschung skizziert.

**Schlüsselwörter:** Stigma, Stress, Coping, Gruppenwahrnehmung, Implicit Association Test

### Reactions to the Stigma of Mental Illness: Social-Psychological Models and Empirical Findings

**Abstract.** Recent research on stigma and discrimination has focused on how members of a stigmatized group perceive and react to being discriminated. Well-established models from social-psychological work on other groups, e.g., ethnic minorities, exist, but so far they have not been applied to people with mental illness. They include (1) a stress-coping (or identity threat) model of stigma, (2) a model how the perception of one's ingroup affects self-concept and coping with stigma among stigmatized individuals, and (3) the distinction between deliberately endorsed («explicit») versus automatically activated («implicit») aspects of stigmatizing attitudes. The latter can be assessed using the (Brief) Implicit Association Test. Here we present a number of studies that examine the relevance of these models for the stigma of mental illness and for coping with this stigma: Stigma as a stressor as well as consequences such as anxiety, shame, coping-reactions and social interactions; automatically activated shame reactions and self-stigma; biogenetic models of mental illness and self-blame of individuals with mental illness; implicit self-stigma; and the link between (self-)stigma and meritocratic worldviews such as the Protestant ethic. Finally we draw conclusions for anti-stigma initiatives, stigma measures and future research.

**Keywords:** stigma, stress, coping, group perception, Implicit Association Test

Die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist weit verbreitet (Angermeyer & Dietrich, 2006) und kann für Betroffene belastender sein als ihre psychische Erkrankung selbst (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005). Drei Grundformen von Stigma lassen sich unterscheiden (Corrigan, 2005): Öffentliche Stigmatisierung, indem Betroffene durch Mitglieder der Öffentlichkeit, etwa Arbeitgeber oder Vermieter, benachteiligt werden; dann Selbststigma, wenn Betroffene öffentlichen Vorurteilen zu-

stimmen und sie gegen sich wenden, so dass ihr Selbstvertrauen leidet; und schließlich strukturelle Diskriminierung, worunter gesellschaftliche Regeln und Abläufe verstanden werden, die Menschen mit psychischen Erkrankungen systematisch benachteiligen, etwa im Krankenversicherungswesen. Im Fokus dieser Übersicht stehen neuere Modelle und Befunde zu der Reaktion von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf öffentliche Stigmatisierung sowie zu Selbststigma. Manche Bewältigungsreaktionen auf er-

fahrene oder erwartete Stigmatisierung können zwar kurzfristig entlastend wirken, doch langfristig die Folgen von Stigma verschlimmern, etwa durch immer weiter verstärkten sozialen Rückzug (Link, Mirotznik & Cullen, 1991) oder die Vermeidung von psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (Rüsch, Corrigan, Wassel, Michaels, Larson et al., 2009; Schomerus & Angermeyer, 2008).

Um die Reaktionen von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf Stigma besser zu verstehen, ist es hilfreich, sich auf Synthesen jahrzehntelanger sozialpsychologischer Forschung zu beziehen. Daher sollen im Folgenden drei sozialpsychologische Modelle und Forschungsgebiete umrissen werden, die auf Studien an anderen stigmatisierten Gruppen, etwa ethnischen Minderheiten, beruhen, doch unseres Wissens bisher kaum auf das Stigma psychischer Erkrankung angewandt wurden. Anschließend sollen zu jedem Modell die Ergebnisse eigener Studien berichtet und in die bestehenden Stigma-Modelle integriert werden. An diesen Untersuchungen in Chicago nahmen 85 Menschen mit überwiegend schizophrenen, schizoauffektiven oder bipolaren Störungen teil. In einige Studien wurde als Vergleichspunkt eine für Alter, Geschlecht und Ethnizität angeglichene Gruppe von 50 Mitgliedern der Öffentlichkeit ohne psychische Erkrankungen einbezogen.

Bei den drei Modellen handelt es sich um ein Stress-Coping-Modell der persönlichen Reaktion auf Stigma (Major & O'Brien, 2005); um die Frage, wie sich die Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Gruppe in der Gesellschaft auf Gruppenangehörige auswirkt (Correll & Park, 2005); und schließlich darum, dass Stigma nicht nur in ausdrücklicher, «expliziter» Form geäußert wird, sondern sich häufig verborgener, «impliziter» äußert, doch deshalb nicht weniger schädlich sein muss. Die Erfassung expliziten und impliziten Stigmas erfordert nicht nur methodisch, sondern auch konzeptuell neue Modelle (Gawronski & Bodenhausen, 2006; Greenwald & Nosek, 2009).

Warum ist ein besseres Verständnis der Reaktion Betroffener auf Stigma relevant? Derzeit engagieren sich weltweit zahlreiche Initiativen gegen die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dabei bleibt jedoch häufig das Ziel, «Stigma» abzubauen, nur unscharf definiert, unter anderem welche Komponente von Stigma, also mangelndes Wissen, negative Stereotypen, emotionale Reaktionen, diskriminierendes Verhalten oder alles auf einmal gebessert werden soll; auch ist die Zielgruppe häufig unklar, sollen Menschen aller Berufe und Altersgruppen erreicht werden, oder beispielsweise vornehmlich Lehrer, Arbeitgeber und Polizisten? Darüber hinaus sind die Wirkmechanismen erfolgreicher Anti-Stigma-Arbeit noch nicht ausreichend bekannt (Corrigan & Penn, 1999). Schließlich ist der Erfolg von Anti-Stigma-Initiativen nicht leicht zu beurteilen. Stigma-Messinstrumente für die Evaluation von Anti-Stigma-Initiativen sind oft mit Problemen behaftet, unter anderem durch die im Stigma-Bereich gegebene soziale Erwünschtheit, so dass Befragte zögern können, stigmatisierende Einstellungen in Fragebogen oder Interviews in vollem Umfang zu berichten.

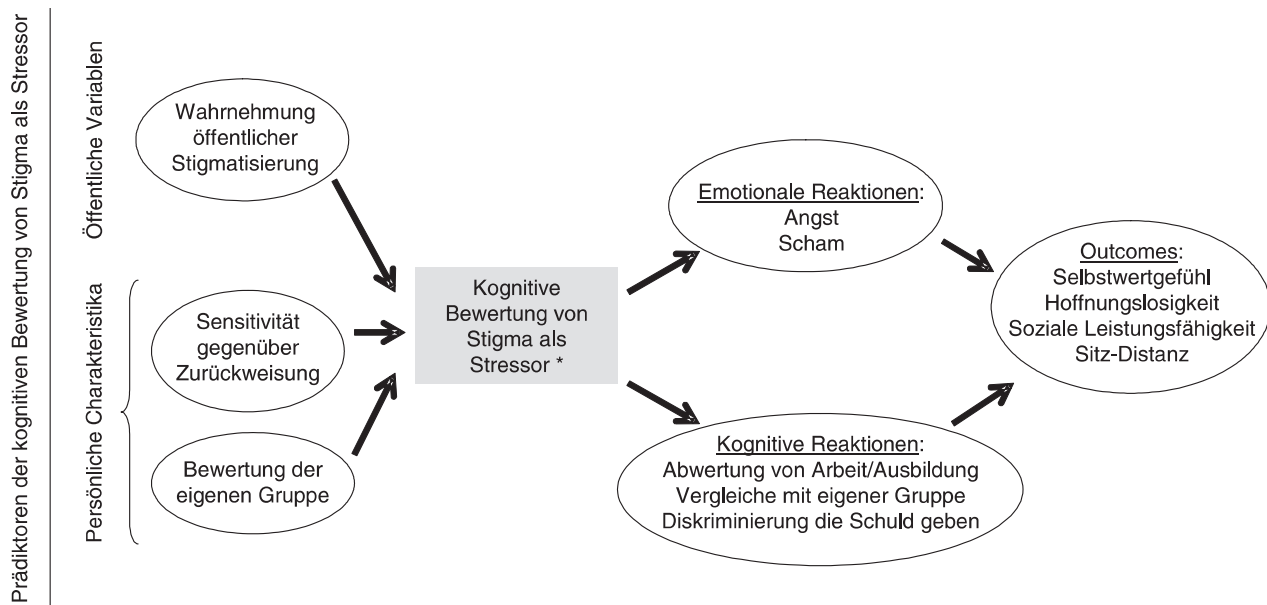
So verdienstvoll und wichtig Anti-Stigma-Initiativen auch sind, ist es aus unserer Sicht dennoch unverzichtbar, die Komponenten des Erlebens von und Reagierens auf Stigma genauer zu untersuchen. Dabei als entscheidend identifizierte Bausteine (beispielsweise im Folgenden besprochene Aspekte wie Stigma als Stressor, Scham-Reaktionen, genetische Modelle psychischer Erkrankungen) können dann bewusst als Zielvariablen in Anti-Stigma-Arbeit einbezogen werden, sei es bei Initiativen gegen öffentliche Stigmatisierung oder bei Versuchen, Betroffenen zu helfen, Stigma besser zu bewältigen. Kurz gesagt: Es wird helfen, Stigma-Prozesse genauer zu verstehen, wenn wir sie zu ändern versuchen.

## Drei sozialpsychologische Modelle und dazugehörige Befunde

### Stress-Coping-Modell von Stigma

Stigma kann sich auf Mitglieder stigmatisierter Gruppen in verschiedener Weise negativ auswirken. Zunächst werden stigmatisierte Individuen häufig direkt benachteiligt und von anderen diskriminiert. Dies kann sich verstärken, indem ein niedriger sozialer Status als Folge von Diskriminierung zu weiterer Diskriminierung führt (Link & Phelan, 2001). Ferner kann die Aktivierung negativer Stereotypen dazu führen, dass Mitglieder stigmatisierter Minderheiten automatisch stereotyp-konformes Verhalten zeigen. Dafür ist Voraussetzung, dass das Stereotyp den stigmatisierten Individuen bekannt und für die jeweilige Situation relevant ist. Beispielsweise schnitten Afroamerikaner schlechter in intellektuell anspruchsvollen Tests ab, wenn sie zuvor mit dem Stereotyp konfrontiert worden waren, ihre Gruppe zeige üblicherweise schlechte intellektuelle Leistungen (Steele, 1997); ähnliche Effekte konnten für kognitive Leistungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen gezeigt werden (Quinn, Kahng & Crocker, 2004). Dieses Phänomen wurde von Steele und Kollegen als Bedrohung durch das (negative) Stereotyp über die eigene Gruppe, kurz *stereotype threat*, bezeichnet. Schließlich betont eine einflussreiche Forschungsrichtung, Stigma führe dazu, dass stigmatisierte Individuen ihre Identität als bedroht erleben (*identity threat*). Diese Bedrohung kann das allgemeine Selbstwertgefühl betreffen oder speziellere Funktionen, etwa das Vertrauen in eigene intellektuelle Leistungsfähigkeit, wie oben beschrieben.

Major und O'Brien (2005) haben nun eine Synthese der hier angedeuteten Stigma-Ansätze und eines Stress-Coping-Modells (Lazarus & Folkman, 1984) entworfen. Es kann als Modell der Identitätsbedrohung (*identity threat*) oder als Stress-Coping-Modell von Stigma bezeichnet werden, wobei hier der Einfachheit halber nur letzterer Begriff verwendet werden soll. Das Kernstück des Modells ist die subjektive Bewertung von Stigma als Stressor. Stigma wird als Stressor bewertet, wenn die individuell wahrgenomme-



[ \* Wahrgenommener Schaden durch Stigma > Wahrgenommene Ressourcen, Stigma zu bewältigen ]

**Abbildung 1.** Stress-Coping-Modell von Stigma, in dessen Zentrum die kognitive Bewertung von Stigma als Stressor steht (grau hinterlegtes Rechteck, kurz: «Stigma-Stress»). Stress-Prädiktoren bestehen aus öffentlichen und persönlichen Faktoren (linker Rand). Rechts von Stigma-Stress finden sich erst Stress-Reaktionen sowie schließlich Bereiche, auf die sich Stigma-Stress und Stress-Reaktionen auswirken (adaptiert aus Major & O'Brien, 2005 sowie Rüsch, Corrigan, Powell et al., 2009 und Rüsch et al., 2009a).

ne Bedrohung durch Stigma die wahrgenommenen persönlichen Ressourcen, Stigma zu bewältigen, übersteigt. Sieht sich also eine Person mit einer psychischen Erkrankung mit möglichen Nachteilen durch Stigma konfrontiert, ist jedoch zuversichtlich, diese Schwierigkeiten bewältigen zu können, ist Stigma ein geringer Stressor und umgekehrt.

Es gibt nun drei Arten von Variablen, die die kognitive Bewertung von Stigma als Stressor (im Folgenden kurz «Stigma-Stress») beeinflussen. Erstens spielen kulturell dominante Annahmen eine Rolle, beispielsweise weitverbreitete stigmatisierende Einstellungen gegen die eigene Gruppe; zweitens spielt die jeweilige Situation eine Rolle, da Stigma-Stress von situativen Charakteristika abhängt, so dass je nach Kontext manche Situationen starken, andere jedoch kaum Stigma-Stress hervorrufen können; schließlich tragen persönliche Eigenschaften zu Stigma-Stress bei, etwa die Sensitivität gegenüber Stigmatisierung und sozialer Zurückweisung (Mendoza-Denton, Downey, Purdie, Davis & Pietrzak, 2002), die persönliche Identifikation mit der stigmatisierten Gruppe sowie persönliche Ziele und Motive.

Es gibt zwei Typen von Reaktionen auf Stigma-Stress, unwillkürliche und willkürliche. Zu den unwillkürlichen Reaktionen zählen emotionale (z. B. Angst) oder vegetative Reaktionen. Willkürlich sind Coping-Reaktionen, die der Problemlösung oder Emotionsregulation dienen. Beispiele häufig untersuchter kognitiver Coping-Strategien (Crocker & Major, 1989), die helfen, den Selbstwert stig-

matizierter Personen unter Stigma-Stress zu stabilisieren, bestehen darin, Diskriminierung anstatt persönlicher Fehler für konkrete Misserfolge verantwortlich zu machen; sich von Bereichen, in denen sich Stigma nachteilig auswirken kann, zu distanzieren, etwa von beruflichem Erfolg; oder die Identifikation mit der eigenen Gruppe je nach Situation zu verstärken oder abzuschwächen.

Schließlich geht das Modell davon aus, dass sich sowohl unwillkürliche als auch willkürliche Reaktionen auf Stigma-Stress auf die Person allgemein auswirken (*outcomes*). Dazu gehören Bereiche wie Selbstwertgefühl, beruflicher Erfolg oder Sozialverhalten.

Da unseres Wissens dieses Stress-Coping-Modell von Stigma noch nicht bei Menschen mit psychischen Erkrankungen untersucht worden war, führten wir eine Studie durch, um Major und O'Briens (2005) Modell zu testen (Abbildung 1). Das Ausmaß von Stigma-Stress wurde berechnet als Differenz zwischen dem subjektiv wahrgenommenen, durch Stigma möglichen Schaden für den Einzelnen und den persönlich eingeschätzten Ressourcen, Stigma zu bewältigen. Wir erfassten mögliche Prädiktoren von Stigma-Stress, und zwar das Ausmaß in der Öffentlichkeit wahrgenommener Stigmatisierung sowie persönliche Variablen: Sensitivität gegenüber Zurückweisung, die Einschätzung von Stigma als fair sowie die Wahrnehmung der eigenen Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere ihre Bewertung als positiv oder negativ. In einer multiplen Regression wurde erhöhter Stig-



ma-Stress unabhängig voneinander und signifikant prädiziert von stärkerer Wahrnehmung öffentlicher Stigmatisierung, negativer Bewertung der eigenen Gruppe sowie, als Trend, von erhöhter Sensitivität gegenüber Zurückweisung (Rüsch et al., 2009a). Beide erstgenannten Prädiktoren blieben signifikant auch nach Kontrolle für depressive Symptomatik, Diagnosen und Defizite sozialer Kognition. Diese Befunde stützen das Stress-Coping-Modell von Stigma insofern, als eine Kombination öffentlicher und persönlicher Variablen dazu führt, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen Stigma als Stressor einschätzen, also aus ihrer Sicht der mögliche Schaden durch Stigma ihre Bewältigungsressourcen übersteigt.

Was die Folgen von Stigma-Stress angeht, so untersuchten wir zunächst die Verbindung von erhöhtem Stigma-Stress mit unwillkürlichen emotionalen Reaktionen (Angst und Scham) ebenso wie mit Coping-Reaktionen und schließlich den Zusammenhang dieser Stigma-Stress-Reaktionen auf Outcome-Maße. Als Outcome-Maße untersuchten wir sowohl selbstbezogene (Selbstwertgefühl und Hoffnungslosigkeit) als auch Parameter des Sozialverhaltens im Umgang mit «normalen» Mitgliedern der Bevölkerungsmehrheit (Rüsch, Corrigan, Powell et al., 2009). Das Sozialverhalten beurteilten wir mit zwei Methoden. Zum einen erfassten wir die soziale Leistungsfähigkeit in einem Rollenspieltest, dem Maryland Assessment of Social Competence (Bellack, Brown & Thomas-Lohrman, 2006). Als zweites Maß des Sozialverhaltens verwendeten wir ein Sitz-Distanz-Maß. Hier konnten Studienteilnehmer einen mehr oder weniger entfernten Stuhl wählen, um sich an den gleichen Tisch zu setzen wie ein ihnen unbekannter, «normaler» Gesprächspartner. Umso weiter entfernt sie den Stuhl wählten, desto höher war die Sitzdistanz als Index sozialen Rückzuges von Mitgliedern der Allgemeinbevölkerung (für Einzelheiten siehe Rüsch, Corrigan, Powell et al., 2009).

Erhöhter Stigma-Stress war signifikant mit stärkerer Angst und Scham assoziiert, allerdings nicht mit Copingverhalten. Scham und Angst ihrerseits prädizierten unabhängig voneinander niedriges Selbstwertgefühl und erhöhte Hoffnungslosigkeit. Letztere wurde zusätzlich auch signifikant durch den Coping-Stil prädiziert, die Lebensbereiche von Arbeit und Ausbildung abzuwerten. Eine Kombination aus negativen emotionalen Reaktionen auf Stigma-Stress und einer Coping-Reaktion, in der Betroffene einen wichtigen Lebensbereich abwerten, scheint also Hoffnungslosigkeit und Demoralisierung als Stigma-Folgen zu verstärken. Angst und die erwähnte Coping-Reaktion blieben unabhängig voneinander signifikante Prädiktoren erhöhter Hoffnungslosigkeit auch nach Kontrolle für depressive Symptomatik und Diagnose (Rüsch, Corrigan, Powell et al., 2009). Schlechtere soziale Leistungsfähigkeit im Rollenspieltest sowie erhöhte Sitzdistanz ihrerseits wurden nicht durch Angst oder Scham als emotionale Stigma-Stress-Reaktionen prädiziert, sondern durch Vergleiche mit der eigenen Gruppe, eines der oben erwähnten Coping-Verhalten. Umso stärker also eine Person mit psychischer Erkrankung dazu neigte, sich nur mit ande-

ren Menschen mit psychischen Erkrankungen zu vergleichen, desto mehr war ihr Sozialverhalten im Umgang mit Mitgliedern der Bevölkerungsmehrheit beeinträchtigt.

Zusammenfassend stützt unsere Untersuchung einer Gruppe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen das Stress-Coping-Modell von Stigma. Wie erwartet fanden wir eine Verbindung zwischen Prädiktoren von Stigma-Stress, kognitiver Bewertung von Stigma als Stressor, Stress-Reaktionen und breiteren Outcomes. Allerdings hat unsere Studie verschiedene Einschränkungen. Zum einen erlauben Querschnittsdaten nur bedingt Rückschlüsse auf kausale Zusammenhänge, auch wenn diese beispielsweise zwischen Stigma-Stress-Prädiktoren und Stigma-Stress naheliegen; in künftigen Studien könnten Stress-Prädiktoren experimentell manipuliert und der situativ schwankende Stigma-Stress gemessen werden. Der Umstand, dass wir situative Aspekte von Stigma-Stress nicht untersuchten, dürfte auch erklären, weshalb wir keine Verbindung zwischen Stigma-Stress und Coping-Reaktionen nachweisen konnten, für die situative Aspekte wichtig sind.

## Modell der Wahrnehmung der eigenen Gruppe

Abgesehen von dem Verhältnis zwischen verschiedenen Gruppen in der Gesellschaft wirkt sich schon die Zugehörigkeit zur eigenen Gruppe (*ingroup*) auf ein Gruppenmitglied aus, unabhängig von der Allgemeinheit (*outgroup*) und deren Verhältnis zur eigenen Gruppe. Beispielsweise ist zu erwarten, dass eine Person mit einer psychischen Erkrankung davon beeinflusst wird, wie sie ihre *ingroup*, also die Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen, wahrnimmt und sich zu ihr verhält. Damit ist nicht gemeint, dass dieser Einfluss beherrschend sein muss oder dass nicht auch viele andere Gruppenzugehörigkeiten (bspw. zu einer Familie, einem Fußballverein etc.) eine Person, mit oder ohne psychische Erkrankung, beeinflussen können. Doch im Folgenden sollen Modelle und Befunde skizziert werden, die plausibel machen, dass und wie sich die Zugehörigkeit zur Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf Betroffene auswirkt und ihren Umgang mit Stigma beeinflussen kann.

Zu den wichtigsten Theorien, wie sich die eigene Gruppe auf ein Gruppenmitglied auswirken kann, zählen die Social Identity Theory, die Self-Affirmation Theory und die Sociometer Theory (Übersicht bei Correll und Park, 2005). Diese Ansätze heben drei Aspekte hervor, die die Wirkung der eigenen Gruppe auf das Gruppenmitglied, sein Selbstkonzept und Selbstwertgefühl bestimmen und die daher nun erläutert werden sollen. Dabei handelt es sich um den wahrgenommenen Wert der eigenen Gruppe (*group value*); die Stärke der Identifikation mit ihr (*group identification*); sowie ihre Entitativität (*entitativity*), also das Ausmaß, in dem die eigene Gruppe als kohärente Einheit wahrgenommen wird. Je positiver eine Person mit einer psychischen

Erkrankung die Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft sieht, desto wahrscheinlicher ist es, dass sich diese Gruppenzugehörigkeit positiv auf die Person auswirkt. Die Stärke der Identifikation einer Person mit seiner Gruppe spiegelt wider, wie verbunden sich die Person mit der Gruppe fühlt und wie relevant die Gruppe für diese Person ist. Es ist zu erwarten, dass für einen Menschen mit einer psychischen Erkrankung, der sich in keiner Weise mit der Gruppe psychisch Erkrankter identifiziert, diese Gruppenzugehörigkeit weniger wichtig ist und sich geringer auf ihn auswirkt als auf eine andere Person mit einer psychischen Erkrankung, die sich stark mit dieser Gruppe identifiziert. Der letzte Aspekt, der bestimmt, ob und wie sich eine Gruppe auf ein Gruppenmitglied auswirkt, ist Entitativität. Dieses Konzept rührt daher, dass einige soziale Gruppen, etwa eine Fußballmannschaft, kontinuierlichere und kohärentere Gruppen sind als andere, die eher zufällige Ansammlungen von Menschen sind, etwa die Menschen in einem U-Bahnwaggon. Je mehr eine Ansammlung von Menschen wirklich eine *Gruppe* ist, desto mehr Entitativität hat sie. Vergleichbar der Gruppen-Identifikation wird auch die wahrgenommene Entitativität die Auswirkungen der Gruppenzugehörigkeit beeinflussen. Wegen ihrer Kohärenz und Kontinuität erlaubt eine Gruppe von hoher Entitativität mehr Rückschlüsse auf die Eigenschaften von Gruppenmitgliedern als eine diffuse Gruppe niedriger Entitativität. Daher wird sich eine psychisch erkrankte Person weniger, positiv oder negativ, von der Zugehörigkeit zur Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen betroffen fühlen, wenn sie diese Gruppe für inkohärent, also wenig entitativ hält.

Das von Correll und Park (2005) entwickelte Modell der eigenen Gruppe als soziale Ressource postuliert nun, dass sich die Auswirkung der eigenen Gruppe auf das Gruppenmitglied aus der Zusammenwirkung der drei eben erläuterten Faktoren ergibt. Wenn der wahrgenommene Wert der eigenen Gruppe positiv ist, wird sich die Gruppenzugehörigkeit auf das Gruppenmitglied positiv auswirken, und zwar umso stärker, je ausgeprägter Gruppenidentifikation und wahrgenommene Entitativität sind.

Das eben skizzierte Modell stellt eine Synthese jahrzehntelanger sozialpsychologischer Forschung dar, die überwiegend andere stigmatisierte Gruppen, etwa ethnische Minderheiten, untersuchte. Es war jedoch unklar, ob es auch auf die Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen zutraf. Daher führten wir in Chicago eine Studie an Teilnehmern mit psychischen Erkrankungen durch (Rüsch et al., 2009b). In dieser Untersuchung erfassten wir einerseits die drei erwähnten Aspekte, wie Personen mit psychischen Erkrankungen ihre eigene Gruppe wahrnahmen, ergänzt durch die Einschätzung von Stigma als fair oder unfair (wahrgenommene Legitimität von Diskriminierung) als einer weiteren Schlüsselvariable der persönlichen Reaktion auf Diskriminierung (Rüsch, Lieb, Bohus & Corrigan, 2006). Andererseits untersuchten wir Stigma-Reaktionen, sowohl eher positive als auch negative. Als positive Reaktionen erfassten wir die Tendenz von Menschen mit

psychischen Erkrankungen, Mitglieder der Öffentlichkeit über Stigma und psychische Erkrankungen zu informieren, anderen Menschen mit psychischen Erkrankungen zu helfen sowie eine bessere soziale Leistungsfähigkeit im oben erwähnten Rollenspieltest. Als eher dysfunktionale Reaktionen beurteilten wir die Geheimhaltung der eigenen psychischen Erkrankung, soziale Distanz gegenüber anderen Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Hoffnungslosigkeit und Demoralisierung. Wir erfassten ferner depressive Symptomatik, da sie Reaktionen auf Stigma beeinflusst.

Unsere Ergebnisse waren konsistent mit dem Modell der eigenen Gruppe als Ressource von Correll und Park (2005). Alle positiven Reaktionen auf Stigma wurden prädiziert entweder durch eine positive Bewertung der eigenen Gruppe oder durch die Zurückweisung von Stigma als unfair. Umgekehrt standen alle negativen Reaktionen im Zusammenhang mit einer negativen Einschätzung der eigenen Gruppe oder der Hinnahme von Stigma als legitim (Rüsch et al., 2009b). Im Einzelnen wurde unabhängig von depressiver Symptomatik die Neigung, Mitglieder der Öffentlichkeit zu informieren und anderen Erkrankten zu helfen, prädiziert durch eine positivere Bewertung der eigenen Gruppe sowie die Wahrnehmung der eigenen Gruppe als kohärente Einheit (hohe Entitativität). Wenn also eine Person mit einer psychischen Erkrankung ihre eigene Gruppe in der Gesellschaft als gut und kohärent empfindet, scheint dies zu positiveren Reaktionen zu führen, sowohl gegenüber der Öffentlichkeit als auch gegenüber anderen psychisch Erkrankten. Schlechtere Leistungen im Rollenspieltest waren nicht nur assoziiert mit einer Akzeptanz von Stigma als fair, sondern auch mit stärkerer Identifikation mit der Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen, zumindest in der Subgruppe jener, die ihre eigene Gruppe negativ bewerteten. Dies spricht dafür, dass Gruppenidentifikation ein zweischneidiges Schwert ist. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die ihre eigene Gruppe für schlecht halten, könnte eine starke Bindung an und Identifikation mit der Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu der Bedrohung führen, im sozialen Kontakt mit «Normalen» als aus ihrer Sicht negativ bewertetes Mitglied der stigmatisierten Minderheit identifiziert zu werden. Was negative Reaktionen auf Stigma betraf, so stand Geheimhaltung der eigenen psychischen Erkrankung nicht nur im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von mehr öffentlicher Stigmatisierung, sondern auch mit der Abwertung der eigenen Gruppe und schwacher Gruppenidentifikation. Soziale Distanz von anderen psychisch Erkrankten war assoziiert mit der Einschätzung von Diskriminierung als fair. Schließlich prädizierte die negative Bewertung der eigenen Gruppe verstärkte Hoffnungslosigkeit, sogar nach Kontrolle für den Effekt depressiver Symptomatik.

Zusammenfassend scheinen, ähnlich anderen gesellschaftlichen Gruppen, auch Menschen mit psychischen Erkrankungen dadurch beeinflusst zu werden, wie sie ihre eigene Gruppe sehen. Dies betrifft insbesondere auch Reak-

tionen auf Stigmatisierungserfahrungen, und zwar sowohl eher positive als auch eher dysfunktionale Reaktionen gegenüber Mitgliedern der Öffentlichkeit, anderen psychisch Erkrankten und sich selbst.

## Modell impliziter und expliziter Reaktionen und Einstellungen

Die sozialpsychologische Forschung zu menschlichen Einstellungen und Verhaltensweisen betont zunehmend die Rolle automatisierter Prozesse, die außerhalb bewusster Kontrolle ablaufen können (Gawronski & Bodenhausen, 2006; Greenwald & Nosek, 2009). Solche automatisch aktivierten Einstellungen werden häufig «implizit» genannt. Sie laufen typischerweise rasch und spontan ab, verbrauchen nur geringe kognitive Ressourcen und ihr Beginn und Ablauf kann schwer kontrollierbar sein sowie ganz oder teilweise außerhalb des Bewusstseins ablaufen. Implizite, automatisch aktivierte Einstellungen können unterschieden werden von «expliziten», die von einer Person ausdrücklich befüwortet werden. Implizite Einstellungen beruhen auf automatisch aktivierten evaluativen Assoziationen. Beispielsweise kann eine Person automatisch eine Kategorie (z. B. Menschen mit Schizophrenie) mit einem negativen Merkmal (z. B. Gefährlichkeit) assoziieren, und zwar unabhängig davon, ob die Person diese Assoziation (in diesem Falle von psychischer Erkrankung mit Gefährlichkeit) für wahr oder falsch hält. Explizite Einstellungen hingegen sind Urteile, die auf Schlussfolgerungen beruhen, die die Person bei diesem Urteil für zutreffend hält. In diesem Falle könnte die Person zu der ausdrücklichen Schlussfolgerung kommen, «Ich habe Angst vor Menschen mit Schizophrenie». Diese explizite Einstellung wird sie allerdings nur vertreten, wenn sie nicht im Widerspruch steht zu anderen expliziten Einstellungen, etwa der Meinung, man dürfe nicht negativ auf Menschen mit psychischen Erkrankungen reagieren. Implizite und explizite Einstellungen müssen also keineswegs übereinstimmen. Eine Person kann automatisch (implizit) negativ reagieren, etwa auf eine Person mit Schizophrenie, jedoch explizit, in Äußerungen oder Verhalten, neutral oder positiv.

Explizite Einstellungen werden üblicherweise durch Antworten in Selbstbeurteilungsinstrumenten oder Interviews beurteilt. Implizite, automatisch aktivierte Reaktionen können durch indirekte Maße erfasst werden. Zu diesen Verfahren gehören die Standardversion (Greenwald, McGhee & Schwartz, 1998) und Kurzform (Sriram & Greenwald, 2009) des Implicit Association Test sowie affektive oder semantische Priming-Verfahren (Übersicht und Literatur bei Wittenbrink & Schwarz, 2007). Der Implicit Association Test, als eines der am weitesten verbreiteten Verfahren, erfasst über Reaktionszeiten die automatische Assoziation einer Kategorie (z. B. «Psychische Erkrankung») und eines Attributes (z. B. «Schlecht»). Die Grundidee des Implicit Association Test ist, dass die Zu-

ordnung von Wort-Stimuli zu Kategorien-Paaren umso schneller erfolgt, je mehr die Paarung automatischen Assoziationen des Probanden entspricht (z. B. Psychische Erkrankung/Schlecht). Diese größere Geschwindigkeit gilt als Index der Stärke dieser automatischen Assoziation. Der Implicit Association Test ist inzwischen vielfach eingesetzt und validiert worden (Greenwald, Poehlman, Uhlmann & Banaji, 2009).

Warum ist es sinnvoll und wichtig, implizite zusätzlich zu expliziten Einstellungen und Aspekten des von Stigma potenziell betroffenen Selbstkonzeptes im Bereich der Stigma-Forschung zu untersuchen? Zum einen sind beide häufig voneinander unabhängig, und dies gilt besonders für Themen wie Stigma, in denen soziale Erwünschtheit explizit geäußerte Antworten beeinflussen kann (Nosek, 2007). Indirekte Maße sind deshalb geeignet, Aspekte von Einstellungen zu erfassen, die offen zu äußern eine Person möglicherweise zögern könnte, weil sie beispielsweise nicht stigmatisierend erscheinen möchte oder weil ihr die automatisch aktivierten Einstellungen nicht vollständig bewusst sind. Zum anderen präzisieren explizite versus implizite Einstellungen häufig unabhängig voneinander verschiedene Ergebnisvariablen. Implizite Einstellungen scheinen besonders wichtig zu sein für spontanes und non-verbales Verhalten, das soziale Interaktionen oft entscheidet prägt, während explizite Einstellungen eher kontrolliertes, bewusst gesteuertes Verhalten präzisieren (Greenwald et al., 2009).

Diese mögliche Divergenz zwischen expliziten und impliziten Einstellungen findet sich nicht nur bei Mitgliedern der allgemeinen Öffentlichkeit. Auch Mitglieder stigmatisierter Minderheiten können Vorurteile gegen ihre eigene Gruppe soweit internalisiert haben, dass sie automatisch negative Reaktionen gegenüber ihresgleichen zeigen. Jedoch werden explizit häufig positive Einstellungen gegenüber der eigenen Minderheit geäußert (Livingston, 2002). Was Menschen mit psychischen Erkrankungen angeht, so hatten unseres Wissens bis zu den im Folgenden diskutierten eigenen Arbeiten lediglich Teachman, Wilson und Komarovskaya (2006) implizite Einstellungen von Betroffenen gegenüber ihrer eigenen Gruppe untersucht. Auch sie kamen zu dem Befund, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung implizit ähnlich negative Einstellungen zu ihrer eigenen Gruppe hatten wie Mitglieder der Öffentlichkeit. Dies spricht leider dafür, dass Personen mit einer psychischen Erkrankung auf impliziter Ebene keine protektive Tendenz haben, sich und ihre eigene Gruppe positiver zu sehen, als sie von der Öffentlichkeit gesehen werden.

Aus dem vorigen Abschnitt wird deutlich, dass implizite, automatisch aktivierte Reaktionen für das Stigma psychischer Erkrankung von großer Bedeutung sind, gerade weil sie rasch und außerhalb bewusster Kontrolle ablaufen und besonders spontanes, nonverbales Verhalten prägen können (Gawronski & Bodenhausen, 2006). Es sollen nun kurz einige Befunde aus vier Studien skizziert werden, in denen wir den Brief Implicit Association Test (Sriram &



Greenwald, 2009) verwandten, um implizite Aspekte von Stigma und Selbststigma zu untersuchen. Zwei Studien befassten sich mit Verbindungen zwischen stigmatisierenden Einstellungen einerseits und Weltanschauungen (Rüsch, Todd, Bodenhausen & Corrigan, 2010b) oder Krankheitskonzepten (Rüsch, Todd, Bodenhausen & Corrigan, 2010a) andererseits, sowohl bei Menschen mit psychischen Erkrankungen als auch bei Mitgliedern der allgemeinen Öffentlichkeit; zwei weitere untersuchten implizites Selbststigma (Rüsch, Corrigan, Todd & Bodenhausen, 2010) sowie die Bedeutung impliziter Scham-Reaktionen dafür, ob Betroffene die eigene Diskriminierung für legitim hielten (Rüsch, Todd, Bodenhausen, Olschewski & Corrigan, 2010).

Meritokratische Weltanschauungen, die die Verantwortung von Einzelnen für ihr Leben betonen, sind in westlichen Gesellschaften weit verbreitet. Dazu zählen etwa die Protestantische Ethik (Weber, 1920) und der Glaube an eine gerechte Welt, in der Leute bekommen, was sie verdienen, und verdienen, was sie bekommen (Hafer & Bègue, 2005). Typischerweise sind ausgeprägte meritokratische Weltanschauungen assoziiert mit stärker stigmatisierenden Einstellungen. Allerdings kann der Glaube an eine gerechte Welt für sich selbst («Ich bekomme, was ich verdiene») eine Coping-Ressource für stigmatisierte Individuen sein. Wie erwartet fanden wir unter Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Assoziation zwischen Unterstützung der Protestantischen Ethik einerseits und andererseits negativeren Einstellungen gegenüber anderen psychisch Erkrankten sowie stärkerem Selbststigma (Rüsch et al., 2010b). Der Glaube an eine gerechte Welt für sich selbst war zwar mit niedrigerem expliziten, selbst berichteten Selbststigma assoziiert, allerdings auch mit stärkeren impliziten Schuldvorwürfen gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen im Brief Implicit Association Test. Der Glaube an eine gerechte Welt für sich selbst scheint also für Betroffene ein zweiseitiges Schwert zu sein und auf expliziter und impliziter Ebene divergente Folgen zu haben. Unter Mitgliedern der Öffentlichkeit korrelierte die Protestantische Ethik sowohl mit stärkeren impliziten Schuldzuweisungen an psychisch Erkrankte als auch mit negativeren expliziten Einstellungen.

Biogenetische Modelle psychischer Erkrankungen dominieren heutige Forschung und Praxis in der Psychiatrie. Oft werden sie auch in der Hoffnung herangezogen, durch die Betonung biogenetischer kausaler Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen lasse sich die Stigmatisierung Betroffener reduzieren. Allerdings gibt es dazu zwei konträre Modelle. Zum einen geht die Attributionstheorie (Weiner, Perry & Magnusson, 1988) in der Tat davon aus, reduzierte persönliche Verantwortlichkeit, wie sie genetische Modelle implizieren, führe zu geringeren Schuldvorwürfen. Zum anderen impliziert der sogenannte genetische Essentialismus (Nelkin & Lindee, 1995), dass Gene die Identität einer Person bestimmen. Letztere, skeptischere Annahme über den Einfluss biogenetischer Modelle wird durch Untersuchungen von

Mitgliedern der allgemeinen Öffentlichkeit gestützt (Phelan, Yang & Cruz-Rojas, 2006). Wir untersuchten daher die Verbindung zwischen biogenetischen (als Oberbegriff für separat erfasste neurobiologische und genetische) Krankheitsmodellen einerseits und impliziten versus expliziten Reaktionen andererseits, sowohl unter Menschen mit psychischen Erkrankungen als auch unter Mitgliedern der Öffentlichkeit (Rüsch et al., 2010a). In letzterer Gruppe fanden wir Hinweise dafür, dass eine stärkere Zustimmung zu biogenetischen Krankheitsmodellen sowohl zu einer verringerten Wahrnehmung von Schuld und Verantwortlichkeit führte als auch zu einem Wunsch nach höherer sozialer Distanz von psychisch Erkrankten. Dies spricht dafür, dass unter Mitgliedern der Öffentlichkeit beide oben erwähnten Vorhersagen teilweise zutrafen und biogenetische Modelle sowohl mit verringertem (Schuld) als auch verstärktem Stigma (soziale Distanz) einhergehen. Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen fanden wir allerdings nur negative Folgen genetischer, und keine positiven Folgen neurobiologischer, Krankheitsmodelle. Eine stärkere Unterstützung genetischer Modelle stand im Zusammenhang sowohl mit einem Wunsch nach größerer sozialer Distanz von anderen Erkrankten als auch mit impliziten Selbstvorwürfen (d.h. einer stärkeren automatisch aktivierten «Selbst-Schuld»-Assoziation im Brief Implicit Association Test). Genetische Krankheitsmodelle scheinen sich also nachteilig auf Betroffene auszuwirken, sowohl auf expliziter als auch auf impliziter Ebene. Möglicherweise sind unter Menschen mit psychischen Erkrankungen genetische Krankheitsmodelle mit impliziten Selbstvorwürfen assoziiert, weil sich Betroffene irrationale Selbstvorwürfe über die eigene «defekte», krankheitsverursachende genetische Ausstattung machen könnten.

Schließlich beschäftigten wir uns in zwei Untersuchungen mit impliziten Selbststigma- oder Scham-assozierten Reaktionen von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Unter Selbststigma versteht man, dass Betroffene öffentliche Vorurteile nicht nur kennen, sondern ihnen zustimmen und sie gegen sich wenden (z. B. «Menschen mit psychischen Erkrankungen sind faul und gefährlich, und daher bin auch ich, weil ich eine psychische Erkrankung habe, ein schlechter Mensch»). Selbststigma untergräbt Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitserwartung (Rüsch, Hölzer et al., 2006) und ist häufig mit Demoralisierung und erheblichem Leid verbunden (Corrigan, Larson & Rüsch, 2009). Dieser Zusammenhang ist für explizites, in Antworten auf Fragen in Interviews oder Fragebogen berichtetes Selbststigma gut belegt. Jedoch war unseres Wissens nach noch nie implizites Selbststigma untersucht worden. Wir konzeptualisierten implizites Selbststigma als das Produkt zweier impliziter Assoziationen («Psychische Erkrankung-Schlecht» und «Ich-Schlecht», jeweils durch einen Brief Implicit Association Test erfasst). Dadurch maßen wir auf impliziter Ebene die zwei wesentlichen Komponenten von Selbststigma, Zustimmung zu negativen Einstellungen («Psychische Erkrankung-Schlecht»-Assoziation) und niedriges Selbst-

wertgefühl («Ich-Schlecht»-Assoziation). Wir konnten dann in einer multiplen Regression die Hypothese bestätigen, dass explizites (durch Fragebogen beurteiltes) und implizites (Brief Implicit Association Tests) Selbststigma unabhängig voneinander signifikant niedrigere Lebensqualität prädizierten, und das nach Kontrolle für depressive Symptomatik, Diagnosen und demografische Variablen (Rüsch, Corrigan, Todd et al., 2010). Implizites Selbststigma scheint also messbar zu sein und unabhängig von bisher ausschließlich untersuchtem selbstberichtetem, explizitem Selbststigma schädlich zu wirken.

In einer letzten Studie beschäftigten wir uns mit der Frage, ob automatisierte Scham-Reaktionen auf psychische Erkrankungen unter Betroffenen im Längsschnitt dazu führen, dass sie eigene Diskriminierung für fair und legitim halten. Diese Frage ist deshalb von Bedeutung, weil die Akzeptanz von Stigma als fair, also stärkere wahrgenommene Legitimität von Diskriminierung, mit mehr Selbststigma assoziiert ist (Rüsch, Lieb et al., 2006). In unserer Längsschnittuntersuchung hielten Menschen mit psychischen Erkrankungen nach sechs Monaten Diskriminierung für umso legitimer, je stärker sie zu Untersuchungsbeginn automatisierte Scham-Reaktionen (d. h. «Psychische Erkrankung-Beschämend»-Assoziationen im Brief Implicit Association Test) zeigten, und das nach Kontrolle nicht nur für depressive Symptomatik und das Ausmaß wahrgenommener öffentlicher Stigmatisierung, sondern auch für das Ausgangsniveau wahrgenommener Legitimität (Rüsch, Todd, Bodenhausen, Olschewski & Corrigan, 2010). Dieser Befund spricht dafür, dass automatisch ablaufende Scham-Reaktionen, konsistent mit neueren Theorien zu unbewussten Emotionen (Barrett, Niedenthal & Winkielman, 2005), die Vulnerabilität Betroffener erhöhen, Stigma als fair hinzunehmen.

## Schlussfolgerungen

Abschließend sollen einige Konsequenzen der besprochenen Modelle und Befunde skizziert werden. Zahlreiche Initiativen setzen sich weltweit gegen die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein (für Deutschland siehe etwa BASTA, [www.openthedoors.de](http://www.openthedoors.de), oder Irrsinnig Menschlich e. V., [www.irsinnig-menschlich.de](http://www.irsinnig-menschlich.de)). Solche Initiativen könnten Weltanschauungen oder genetische Krankheitsmodelle, die stigmatisierende Einstellungen aufrechterhalten oder verstärken, kritisch in ihre Arbeit einbeziehen. In letzter Zeit haben zudem Versuche, auf der Ebene der Betroffenen Selbststigma zu verringern und die Bewältigung von Stigma zu verbessern, zunehmendes Interesse gefunden, sei es in von Professionellen geleiteten (Knight, Wykes & Hayward, 2006) oder Selbsthilfe-Gruppen (Clay, Schell, Corrigan & Ralph, 2005). Solche Ansätze, unabhängig von Rahmenbedingungen und theoretischer Ausrichtung, könnten einige der oben erwähnten Elemente der Reaktionen auf Stigma aufgreifen. Beispiels-

weise könnten sie Stigma als Stressor betrachten, einschließlich Stress-Prädiktoren, mehr oder weniger günstiger Coping- und emotionaler Reaktionen, etwa Scham und Angst, und deren Auswirkungen auf Sozialverhalten. Schließlich scheint die Art und Weise, in der Betroffene ihre eigene Gruppe sehen, die Reaktion auf Stigma zu prägen; eine Selbsthilfegruppe könnte also einen besonderen Schwerpunkt darauf legen, eine positivere Sicht Betroffener auf sich und Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erreichen und darauf aufbauend eine hilfreiche Identifikation mit der eigenen, nun positiver bewerteten Gruppe. Schließlich sollten solche Ansätze versuchen, auch spontan und automatisch ablaufende, «implizite» Anteile von Reaktionen auf Stigma und auf Selbststigma zu thematisieren und zu verändern. Beispielsweise könnten automatische, nonverbal sichtbare Schamreaktionen bewusst gemacht und allmählich abgebaut werden.

Um Anti-Stigma-Arbeit rational beurteilen und verbessern zu können, muss sie evaluiert werden. Stigma zu messen ist allerdings oft schwierig, auch weil die Diskriminierung von Minderheiten in unserer Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten weniger akzeptiert ist und daher häufig indirekt oder versteckt stattfindet. Das soll nicht heißen, die üblichen Fragebogen und Interviews seien als Stigma-Messinstrumente (Link, Yang, Phelan & Collins, 2004) wertlos oder ihre Resultate weniger «wahr» als etwa die Ergebnisse aus indirekten Verfahren wie dem Implicit Association Test. Allerdings sprechen die Befunde dafür, dass implizite und explizite Aspekte von Stigma voneinander weitgehend unabhängig sind, so dass beide erfasst werden sollten, um das volle Ausmaß der Folgen von öffentlicher und Selbststigmatisierung abschätzen zu können. Schließlich sollten sich Anti-Stigma-Initiativen weniger an verbesserten abstrakten Einstellungen, sondern in erster Linie an Veränderungen tatsächlichen Verhaltens messen lassen. Dabei kann es sich sowohl um Verhalten von Mitgliedern der Öffentlichkeit im Umgang mit psychisch Erkrankten handeln als auch um das Verhalten Betroffener, etwa um sozialen Rückzug oder die verringerte Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten aus Furcht vor Stigma.

Auch wenn die persönliche Reaktion und Stigma-Bewältigung Betroffener wichtig ist und die Auswirkungen von Stigma beeinflusst, folgt daraus nicht, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen in irgendeiner Weise an Selbststigma oder anderen negativen Stigma-Folgen Schuld seien. Im Gegenteil, Stigma ist eine gesellschaftliche Ungerechtigkeit, der sich Menschen mit psychischen Erkrankungen alltäglich ausgesetzt sehen. Der Kampf gegen Stigma bleibt daher eine gesellschaftliche Aufgabe. Bis das Stigma psychischer Erkrankung deutlich abgebaut ist, kann ein besseres Verständnis der Prozesse persönlicher Reaktionen auf Stigma allerdings helfen, Anti-Stigma-Interventionen zu verbessern und die Belastung Betroffener zu verringern.

## Literatur

- Angermeyer, M. C. & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 163–179.
- Barrett, L. F., Niedenthal, P. M. & Winkelman, P. (2005). *Emotion and consciousness*. New York: Guilford.
- Bellack, A. S., Brown, C. H. & Thomas-Lohrman, S. (2006). Psychometric characteristics of role-play assessments of social skill in schizophrenia. *Behavior Therapy*, 37, 339–352.
- Clay, S., Schell, B., Corrigan, P. W. & Ralph, R. O. (2005). *On our own, together: Peer programs for people with mental illness*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Correll, J. & Park, B. (2005). A model of the ingroup as a social resource. *Personality and Social Psychology Review*, 9, 341–359.
- Corrigan, P. W. (2005). *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E. & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the «why try» effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8, 75–81.
- Corrigan, P. W. & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765–776.
- Crocker, J. & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96, 608–630.
- Gawronski, B. & Bodenhausen, G. V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: An integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 132, 692–731.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E. & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464–1480.
- Greenwald, A. G. & Nosek, B. A. (2009). Attitudinal dissociation: What does it mean? In R. E. Petty, R. H. Fazio & P. Brinol (Eds.), *Attitudes: Insights from the new implicit measures* (pp. 65–82). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Greenwald, A. G., Poehlman, T. A., Uhlmann, E. & Banaji, M. R. (2009). Understanding and using the Implicit Association Test: III. Meta-analysis of predictive validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 17–41.
- Hafer, C. L. & Bègue, L. (2005). Experimental research on just-world theory: Problems, developments, and future challenges. *Psychological Bulletin*, 131, 128–167.
- Knight, M. T. D., Wykes, T. & Hayward, P. (2006). Group treatment of perceived stigma and self-esteem in schizophrenia: A waiting list trial of efficacy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 305–318.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Link, B. G., Mirotznik, J. & Cullen, F. T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 302–320.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C. & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 511–541.
- Livingston, R. W. (2002). The role of perceived negativity in the moderation of African Americans' implicit and explicit racial attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38, 405–413.
- Major, B. & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393–421.
- Mendoza-Denton, R., Downey, G., Purdie, V. J., Davis, A. & Pietrzak, J. (2002). Sensitivity to status-based rejection: Implications for African American students' college experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 896–918.
- Nelkin, D. & Lindee, M. S. (1995). *The DNA mystique: The gene as a cultural icon*. New York: Freeman.
- Nosek, B. A. (2007). Implicit-explicit relations. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 65–69.
- Phelan, J. C., Yang, L. H. & Cruz-Rojas, R. (2006). Effects of attributing serious mental illnesses to genetic causes on orientations to treatment. *Psychiatric Services*, 57, 382–387.
- Quinn, D. M., Kahng, S. K. & Crocker, J. (2004). Discreditable: Stigma effects of revealing a mental illness history on test performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 803–815.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatrische Praxis*, 32, 221–232.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S. & Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophrenia Research*, 110, 65–71.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Todd, A. R. & Bodenhausen, G. V. (2010). Implicit self-stigma in people with mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 150–153.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Larson, J. E., Olschewski, M., . . . Batia, K. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *British Journal of Psychiatry*, 195, 551–552.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S. & Batia, K. (2009a). A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophrenia Research*, 110, 59–64.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S. & Batia, K. (2009b). Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 320–328.
- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., . . . Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 766–773.
- Rüsch, N., Lieb, K., Bohus, M. & Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatric Services*, 57, 399–402.
- Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V. & Corrigan, P. W. (2010a). Biogenetic models of psychopathology, implicit guilt, and mental illness stigma. *Psychiatry Research*. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.09.010.
- Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V. & Corrigan, P. W. (2010b). Do people with mental illness deserve what they get?

- Links between meritocratic worldviews and implicit versus explicit stigma. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. DOI: 10.1007/s00406-010-0111-4.
- Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., Olschewski, M. & Corrigan, P. W. (2010). Automatically activated shame reactions and perceived legitimacy of discrimination: A longitudinal study among people with mental illness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 60–63.
- Schomerus, G. & Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: What do we know? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 31–37.
- Sriram, N. & Greenwald, A. G. (2009). The Brief Implicit Association Test. *Experimental Psychology*, 56, 283–294.
- Steele, C. M. (1997). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist*, 52, 613–629.
- Teachman, B. A., Wilson, J. G. & Komarovskaya, I. (2006). Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 75–95.
- Weber, M. (1920). *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus. Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie*. Tübingen: J. C. B. Mohr.
- Weiner, B., Perry, R. P. & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738–748.
- Wittenbrink, B. & Schwarz, N. (2007). *Implicit measures of attitudes*. New York: Guilford.

Nicolas Rüsch

Psychiatrische Universitätsklinik  
Klinik für Soziale Psychiatrie  
und Allgemeinpsychiatrie ZH West  
Militärstr. 8  
Postfach 1930  
CH-8021 Zürich  
E-Mail: nicolas.ruesch@uniklinik-freiburg.de

## CME-Fragen



- Welche Ebenen der Stigmatisierung werden in der Literatur unterschieden?
  - Öffentliches Stigma, Selbststigma und strukturelle Diskriminierung
  - Öffentliches Stigma und verborgenes Stigma
  - Selbststigma, Eigenstigma und internalisiertes Stigma
  - Intendiertes und nicht intendiertes Stigma
- Welche Aussage ist richtig? Wenn Patienten die Gruppe der psychisch Kranken insgesamt negativ sehen, ...
  - werden sie schneller wieder gesund.
  - suchen sie eher Hilfe auf.
  - leiden sie unter stärkerer Hoffnungslosigkeit.
  - profitieren sie von einem starken Gefühl der Zugehörigkeit zu dieser Gruppe.
- Welche Aussage ist richtig? Die Unterstützung einer protestantischen Ethik ist bei Menschen mit psychischen Erkrankungen assoziiert mit ...
  - negativen Einstellungen gegenüber anderen psychisch Kranken und stärkerem Selbststigma.
  - Hoffnung auf baldige Genesung und verbesserte Compliance.
  - Schuldvorwürfen an die Behandler.
  - stärkerer Zufriedenheit mit dem eigenen Schicksal.
- Welche Aussage ist richtig? Ein biologisch-genetisches Krankheitsverständnis ist bei psychisch erkrankten Menschen assoziiert mit ...
  - stärkerem Therapieoptimismus.
  - impliziten Selbstvorwürfen.
  - geringerer Compliance.
  - verringerten Schuldgefühlen.
- Welche Aussage ist richtig? Selbststigma ...
  - ist mit höherem Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartung assoziiert.
  - ist mit niedrigerem Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartung assoziiert.
  - ist mit höherem Selbstwert, aber niedrigerer Selbstwirksamkeitserwartung assoziiert.
  - hat keinerlei Einfluss auf Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartung.



Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten, schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen mit einem frankierten Rückumschlag bis zum 31.12.2010 an die nebenstehende Adresse. Später eintreffende Antworten können nicht mehr berücksichtigt werden.

Elke Mindermann  
Universität Bremen, ZKPR  
Grazer Str. 6  
D-28359 Bremen

## FORTBILDUNGSZERTIFIKAT

Die Ärztekammer Niedersachsen erkennt hiermit 1 Fortbildungspunkt an.

«Reaktionen auf das Stigma psychischer Erkrankung: Sozialpsychologische Modelle und empirische Befunde»

Die Antworten bitte deutlich ankreuzen!

1    2    3    4    5

- |    |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Stempel

Zeitschrift für Psychiatrie,  
Psychologie und  
Psychotherapie (ZPPP)

**Verlag Hans Huber**

Datum

Unterschrift

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name

Berufsbezeichnung, Titel

Straße, Nr.